

Hemobilia secundaria a pseudoaneurisma roto: reporte de caso

Hemobilia secondary to a broken pseudoaneurysm: case report

Flor Beltrán V.^{1a}, Alan Castillo E.^{1b}, Heli Hidalgo A.^{2c}

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz. Lima, Perú.

² Servicio de Imágenes, Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz. Lima, Perú.

^a Médico residente, ^b Médico asistente, ^c Médico radiólogo

Recibido: 29-05-2014; Aprobado: 03-11-2014

RESUMEN

Se presenta un caso de paciente con dolor abdominal asociado a ictericia y hemorragia digestiva alta (hematoquezia, melena) causado por hemobilia secundaria a ruptura de pseudoaneurisma de una rama de la arteria hepática derecha. El diagnóstico se realizó por medio de endoscopia digestiva alta, realizando arteriografía con embolización selectiva cesando el sangrado.

Palabras clave: Hemobilia; Arteria hepática; Pseudoaneurisma (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

A patient presents with abdominal pain associated with jaundice and upper gastrointestinal bleeding (hematochezia, melena) caused by hemobilia secondary to rupture of pseudoaneurysm of a branch of the right hepatic artery. The diagnosis was made by upper endoscopy, performing arteriography with selective embolization ceased bleeding.

Key words: Hemobilia; Hepatic artery; Pseudoaneurysm (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La hemobilia es el sangrado por la vía biliar, la cual debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de hemorragia gastrointestinal, siendo de presentación inusual.

Su etiología es muy variada siendo la causa post traumática la más frecuente (trauma hepático, trauma abdominal por accidentes de tránsito) iatrogénica (biopsia percutánea, post colecistectomía, TIPS, cirugías del tracto biliar, CPRE), neoplasias (hepatocarcinoma, hemangioma, colangio carcinoma) en raros casos se presenta por anomalías vascular hepática, parasitarias, colecistitis crónica calculosa⁽¹⁾.

Descrita por primera vez por Francis Glisson en 1654, en un joven fallecido con dolor en cuadrante superior derecho seguido de hemorragia gastrointestinal superior masiva. Antoine Portal en 1977 fue el primero en reconocer un caso de hemobilia antemortem. Quincke describe un caso de hemobilia en 1871, haciendo hincapié en las características clínicas de esta entidad, conocida como triada de Quincke, que consiste en: dolor abdominal, ictericia y hemorragia digestiva. Kehr realizó la primera cirugía en un caso de hemobilia en 1903 identificando un aneurisma de la arteria hepática roto realizando ligadura de la arteria⁽²⁾.

El término de Hemobilia fue acuñado por primera vez por Sandblom en 1948 en una publicación por hemorragia de tracto biliar post traumática: Hemobilia Traumática, unos años después fue Walter

quien describió la utilización de arteriografía con embolización para el tratamiento del sangrado⁽³⁾.

En pacientes que presentan una sospecha clínica de hemobilia, la endoscopia es la primera prueba que se realiza puesto que permite objetivar el sangrado a través de la ampolla de Vater⁽⁴⁾. Sin embargo, tan solo el 12% de las endoscopías son diagnósticas, lo que supone que, frecuentemente, sean necesarias otras técnicas complementarias.

La angio-TC es sensible y específica y además de identificar el pseudoaneurisma y su etiología, es de gran utilidad para la planificación de la angiografía por sustracción digital o convencional, aportando información acerca de la anatomía vascular del paciente y visualización de posibles variantes anatómicas. La angiografía juega un papel importante en el manejo de la hemobilia, tanto para el diagnóstico y tratamiento. La embolización arterial se considera el tratamiento de primera elección, con una alta tasa de éxito (mayor del 90%) y menor morbimortalidad que la cirugía.

El tratamiento quirúrgico queda reservado para los casos en los que la angiografía no demuestra el sangrado y cuando la embolización falla o está contraindicada⁽⁵⁾.

Presentamos un caso de hemobilia secundario a la ruptura de pseudoaneurisma en una rama de la arteria hepática derecha, al cual se asocia cuadro de pancreatitis aguda leve, colédoco dilatado con barro biliar en su interior y colecistitis crónica calculosa.

Citar como: Beltrán F, Castillo A, Hidalgo H. Hemobilia secundaria a pseudoaneurisma roto: reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2015;35(1):89-92.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 53 años natural y procedente de Lima con el antecedente de colecistitis crónica calculosa diagnosticado por ecografía 3 meses antes del ingreso, sin tratamiento. Acude por emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho de moderada intensidad asociado a náuseas, SAT y vómitos de contenido alimentario, astenia, malestar general de curso progresivo, coluria e ictericia de escleras.

Al examen físico de ingreso presenta funciones vitales estables, en regular estado general, ictericia de piel y mucosas, abdomen blando poco depresible por dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho, hepatopercusión positivo, tacto rectal con sangrado rojo vinoso de poca cantidad. Los exámenes auxiliares de ingreso mostraron: Leucocitos: 11 690, Abastionados: 2%, Hemoglobina: 11.3gr/dl, plaquetas: 231 000, INR: 1,36, TGO: 43,2, TGP: 86,2, fosfatasa alcalina: 376, bilirrubinas totales: 3,24, bilirrubina directa: 2,41, GGTP: 270,3, amilasa: 205, lipasa: 525, PCR: 73,46 mgr/L, siendo manejado con soporte hemodinámico, hidratación, analgésicos y reposo gástrico.

Posterior a 5 hrs de su ingreso a emergencia se realiza ecografía abdominal donde se evidencia vesícula biliar de 80 x 48 mm, pared de 4 mm e imagen hiperecogénica de aprox. 56 x 40 mm con sombra acústica posterior sin edema perivesicular, eco Murphy positivo, colédoco aprox. 5 mm.

A las 10 hrs posterior a su ingreso, persiste con dolor abdominal asociado a náuseas y hematoquezia, con alteración hemodinámica, hipotensión, taquicardia, bajando la hemoglobina a 7,3 gr/dl requiriendo transfusión de 2 paquetes globulares. Se realiza estudio endoscópico alto encontrando únicamente angiodisplasias esofagogástricas sin evidencia de sangrado activo así como segunda porción duodenal sin alteraciones. Se completa estudio inicial con colonoscopia con presencia de sangrado rojo vinoso activo que dificulta la evaluación. Se realiza colangiografía abdominal (Figura 1) donde se evidencia vesícula biliar con nivel hidrohídrico asociado a presencia de elementos de baja señal en su interior, colédoco dilatado en 14mm con presencia de barro biliar en su interior.

Cápsula endoscópica muestra mucosa de intestino delgado normal, a nivel de colon se aprecia residuo borraqueo.

Arteriografía de mesentérica inferior sin evidencia de sangrado activo.

Por evidencia de angiodisplasias se programa 1ra sesión de argón plasma, durante procedimiento se



Figura 1. RNM Abdomen: vesícula biliar con nivel hidrohídrico en relación a hemobilia y presencia de elementos de baja señal al interior de la vía biliar. Colédoco dilatado en 14 mm con barro biliar en su interior.

evidencia salida de sangre por papila con protrusión y coágulo impactado en la misma, realizando adicionalmente termo coagulación con argón plasma de las angiodisplasias esofagogástricas (APC) (Figura 2).

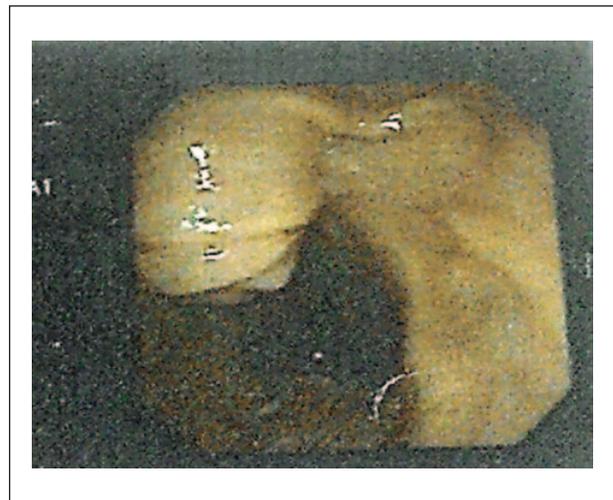


Figura 2. Papila protruida con coágulo impactado en su interior.

Post APC, paciente persiste con melena motivo por lo que se indica arteriografía hepática, evidenciando pseudoaneurisma roto dependiente de una rama de la arteria hepática derecha realizando embolización exitosa (Figura 3).

Paciente evoluciona favorablemente, cede cuadro de pancreatitis y sangrado luego de la embolización, se observó al paciente durante 3 semanas programándolo luego para CPRE por cuadro de colédoco dilatado más barro biliar en su interior, encontrando papila protruida colédoco dilatado en 8 mm, se cánula vía biliar realizando limpieza de ella, siendo un procedimiento sin complicaciones. Asimismo fue programado para colelap 2 semanas después, sin complicación.

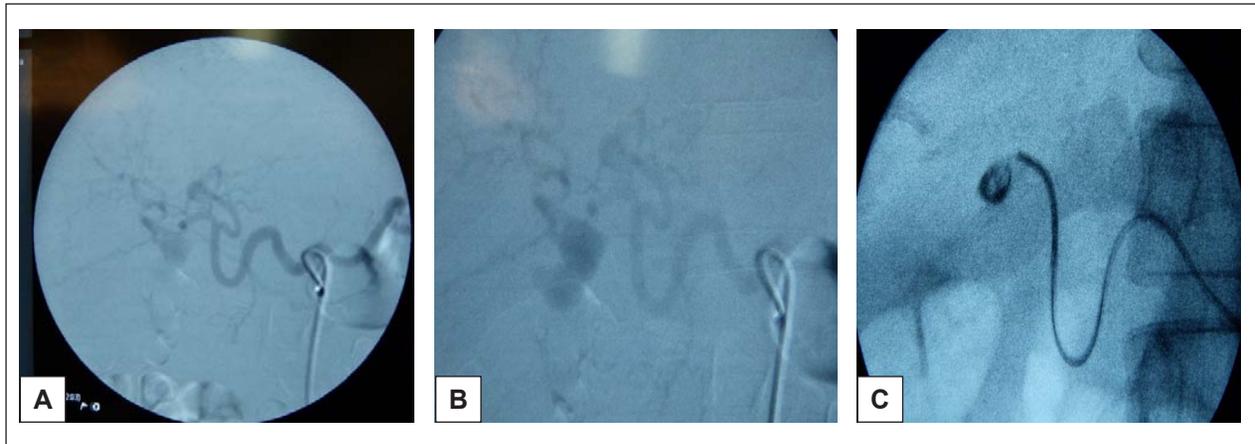


Figura 3. A: Angiografía por sustracción digital, se observa catéter en aorta y llenado con contraste de tronco celiaco y arteria hepática en fase arterial temprana. B: Catéter en aorta y opacidad de tronco celiaco y arteria hepática derecha en fase arterial tardía con área de extravasación de contraste. C: Canalización ultra selectiva de arteria hepática y colocación de Coils en defecto vascular.

DISCUSIÓN

En este caso, se pone en importancia la necesidad de considerar el diagnóstico de hemobilia como diagnóstico diferencial en pacientes con patología hepatobiliar que se asocia hemorragia digestiva ⁽⁶⁾. Hemobilia no fue planteado desde el ingreso del paciente, dado que tuvo un inicio de presentación infrecuente, sin embargo durante su evolución curso con el cuadro clínico típico de ictericia, dolor y hemorragia digestiva (triada de Quincke's), aunque estos signos se pueden encontrar hasta en el 40% de pacientes ⁽⁷⁾. Siendo la pérdida sanguínea aguda la mayor complicación de la hemobilia con manifestaciones como melena o hematoquezia, llevando incluso a alteración hemodinámica con requerimiento de reposición de sangre y fluidos.

Los casos leves y moderados están definidos como la pérdida sanguínea que se resuelve dentro de las 48 h y no requiere transfusión sanguínea. Hemobilia severa está considerada como hemorragia que conlleva a inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión. En este paciente el caso de hemobilia fue severa llevando a inestabilidad hemodinámica y a transfusión de 02 paquetes globulares.

La presencia de pseudoaneurisma es una causa rara de hemobilia, en su mayoría afecta a las arterias hepáticas o gastroduodenales y menos frecuente a la arteria cística ⁽⁸⁾.

El paso frecuente de sangre por la vía biliar lleva a complicaciones secundarias como la formación de trombos y obstrucción de la vía biliar, pudiendo ser esta la causa de la ictericia y pancreatitis aguda.

Kook *et al.* ⁽⁹⁾ encontraron las causas más frecuentes de hemobilia: trauma accidental 38,6%, inflamación 13%, desorden vascular 10,7%, tumores 6,2%, menos común colecistectomía laparoscópica, colangitis,

infestación parasitaria. La hemobilia secundaria a pseudoaneurisma roto, es sumamente raro.

Una vez establecido el diagnóstico, lo más importante es establecer la causa para definir el tratamiento con la finalidad de detener el sangrado y disminuir la obstrucción biliar. En este caso se identificó el sangrado mediante endoscopia, observando salida de sangre por una papila protruida con presencia de un coágulo en su interior, asociado a estudio de imágenes (colangio resonancia) que presenta aumento de densidad de contenido biliar y presencia de barro biliar en su interior lo que hace sospechar que se contaban con 2 factores condicionantes de pancreatitis: coágulos y barro biliar en colédoco ⁽¹⁰⁾.

Actualmente la CPRE juega un rol en el manejo de hemobilia. La eliminación de coágulos de la vía biliar se requiere inicialmente para mantener el flujo de bilis, luego esfinterotomía. La extracción de coágulos de sangre de la vía biliar puede ayudar a disminuir el dolor y la ictericia obstructiva. Sin embargo, en este caso, decidimos diferir el procedimiento, porque cursó con cuadro de pancreatitis aguda leve de evolución favorable pronta con disminución de amilasa y lipasa en 72 h, a su vez, priorizamos el tratamiento de hemobilia mediante radiología intervencionista, esperando la remisión de este cuadro para posteriormente pasar a CPRE.

El estudio definitivo del punto de sangrado se realizó mediante arteriografía de tronco celiaco, el cual se considera el método de elección tanto como para el diagnóstico como para el tratamiento ⁽¹¹⁾. Sin embargo los estudios mínimamente invasivos para manejo de pseudoaneurisma incluyen USC con compresión guiada, inyección de agentes trombolíticos en el pseudoaneurisma o procesos de exclusión vascular como la embolización y la colocación de *stents*.

El tratamiento en este paciente se realizó mediante la embolización selectiva del pseudoaneurisma roto con consiguiente cese del sangrado. Este método es catalogado el *gold standard* en el manejo de hemobilia, con la viabilidad de un fino catéter ultra selectivo con cateterización y embolización tras la aplicación de micro *coils* se puede controlar el sangrado activo, método que tiene tasa de éxito de entre 80-100% ⁽¹²⁾. Sin embargo, la angiografía con embolización puede tener complicaciones tales como necrosis de vesícula biliar, migración de *coils* con resultante embolización no efectiva (0,3%), trombosis de vaso principal, perforación y fistulización dentro de víscera ⁽¹³⁾.

El pronóstico de hemobilia depende en gran medida de las causas subyacentes, con un riesgo de 5 – 12% de muerte. En este caso, la evolución fue favorable, revirtió el cuadro de pancreatitis aguda, cesó el sangrado post arteriografía con embolización, se realizó CPRE con canulación de vía biliar y limpieza de la misma con posterior colecistectomía laparoscópica sin complicaciones.

En conclusión, la hemobilia, es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial. La causa más común son las causas no iatrogénicas. El *gold standard* para diagnóstico y tratamiento es la angiografía con embolización selectiva, lo que implica un trabajo multidisciplinario entre gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos vasculares en los casos que no se consiga parar el sangrado por embolización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petrou A, Brennan N, Soonawalla Z, Silva MA. Hemobilia due to cystic artery stump pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy: case presentation and literature review. *Int Surg*. 2012 Apr-Jun;97(2):140-4. doi: 10.9738/CC52.1.

2. Sandblom P. Hemobilia (Biliary tract hemorrhage): history, pathology, diagnosis, treatment. Springfield: Charles C. Thomas; 1972.
3. Czerniak A, Thompson JN, Hemingway AP, Soreide O, Benjamin IS, Allison DJ, et al. Hemobilia. A disease in evolution. *Arch Surg*. 1988 Jun;123(6):718-21.
4. Baillie J. Hemobilia. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2012 Apr;8(4):270-2.
5. Hernandez-Gonzales R: Hemobilia: un caso, complicaciones, seguimiento. *Cir Ciruj*. 2003;71:137-44.
6. Sansonna F, Boati S, Sguinzi R, Migliorisi C, Pugliese F, Pugliese R. Severe hemobilia from hepatic artery pseudoaneurysm. *Case Rep Gastrointest Med*. 2011;2011:925142. doi: 10.1155/2011/925142.
7. Paso-Altamirano G, Mendieta Zerón H, Fuentes Luitón E. Hemobilia. A case report. *Ann Hepatol*. 2003;2(3):141-2.
8. Priya H, Anshul G, Alok T, Saurabh K, Ranjit N, Romesh L, et al. Emergency cholecystectomy and hepatic arterial repair in a patient presenting with haemobilia and massive gastrointestinal haemorrhage due to a spontaneous cystic artery gallbladder fistula masquerading as a pseudoaneurysm. *BMC Gastroenterol*. 2013 Mar 3;13:43. doi: 10.1186/1471-230X-13-43.
9. Kim KH, Kim TN. Etiology, clinical features, and endoscopic management of hemobilia: a retrospective analysis of 37 cases. *Korean J Gastroenterol*. 2012 Apr;59(4):296-302.
10. Merrell SW, Schneider PD. Hemobilia--evolution of current diagnosis and treatment. *West J Med*. 1991 Dec;155(6):621-5.
11. Xu ZB, Zhou XY, Peng ZY, Xu SL, Ruan LX. Evaluation of selective hepatic angiography and embolization in patients with massive hemobilia. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2005 May;4(2):254-8.
12. Baez-Herrera C, Toledo-Sánchez A, Rodríguez-Pulido R, Ibarra-Hernández CR, Godoy-Esquivel AH. Hemobilia. Una complicación inusual de trauma hepático. *Acta Pediatr Mex*. 2013;34:234-6.
13. Cumana R, Fernández C, Isern A, Bronstein M, Senior M, Soto J, et al. Hemobilia: diagnóstico por imágenes. A propósito de dos casos. *Gen*. 2011;65(2):132-5.

Correspondencia:

Flor Beltrán V.

E-mail: flordemariabeltran@gmail.com